FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1er Juin 1904, à 1 heure

Par ANDRÉ BERNHEIM

Né à Paris (Seine), le 25 octobre 1877.
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Ancien interne de Saint-Lazare

Contribution à l'Étude

DE LA

BLENNORRHAGIE LATENTE

CHEZ LA FEMME

(Utérus et Trompes)

Président : M. PINARD, professeur.
Juges : MM. TILLAUX, TERRIER, professeurs.
BROCA (Aug.), agrégé.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TILLAUX. / LE DENTU / TERRIER. / BERGER
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	RÉMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

356

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR ISCH-WALL

Ancien Interne des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERCHÈRE

Chirurgien de Saint-Lazare
Chevalier de la Légion d'Honneur

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000andr_l9g8

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir adresser à tous nos maîtres dans les hôpitaux l'expression de notre gratitude.

C'est au docteur Reynier que vont d'abord nos remerciements. C'est chez lui que nous avons commencé nos études médicales ; nous avons eu ensuite l'honneur d'être son externe, et nous garderons toujours le souvenir de son excellent enseignement. Près de lui nous avons connu les docteurs Beurnier et Josué en qui nous avons trouvé des maîtres pleins de sollicitude.

C'est un doux devoir pour nous que d'assurer au docteur Bourcy notre reconnaissance pour les précieuses leçons qu'il nous a données au lit du malade durant que nous étions son externe.

Nous exprimons toute notre gratitude au docteur

Robin dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe. Son brillant enseignement, son talent de clinicien, et de thérapeute ont laissé en nous une profonde impression. Près de lui les docteurs Bertherand, Küss et Michel nous ont toujours été d'un précieux conseil.

MM. les docteurs Triboulet et Gouget ont bien voulu nous accepter comme externes. Chez eux nous avons puisé des leçons sans cesse renouvelées. Qu'ils daignent en accepter tous nos remerciements.

M. le docteur Bonnaire nous a toujours témoigné une très vive bienveillance. Lorsque nous avons eu l'honneur d'être son externe, il n'a cessé de nous guider d'une façon toute particulière dans l'art difficile de l'accouchement. Nous lui en serons toujours profondément reconnaissants. Nous remercions également les docteurs Schwab, Keim et Dubrisay de leurs si utiles encouragements.

A Saint-Louis, externe du docteur de Beurmann, nous savons quelle part nous lui devons de nos connaissances dermatologiques et syphiligraphiques. Nous tenons à l'en remercier tout spécialement, ainsi que le docteur Jeanselme qui a bien voulu nous initier à la dermatologie exotique.

Le docteur Courtois-Suffit a daigné nous agréer comme externe. Ses brillantes causeries,

son esprit clinique si avisé nous ont valu un précieux enseignement. Que le docteur Fournier reçoive l'expression de notre sincère reconnaissance.

Le docteur Florand a bien voulu s'intéresser à nous et ne nous a pas ménagé ses encouragements. Nous avons trouvé en lui un maître plein de bienveillance Qu'il nous permette de l'en remercier d'une façon toute particulière.

A Saint-Lazare, nous avons eu le très grand honneur d'être l'interne du docteur Verchère. Pendant les deux années que nous avons passées près de lui, nous avons pu apprécier l'enseignement si savant, si brillant que chaque jour il nous prodiguait et nous n'oublierons jamais qu'il a bien voulu nous guider dans le choix de notre thèse, et nous en fournir les plus précieuses indications.

Les médecins et chirurgiens de Saint-Lazare nous ont sans cesse témoigné la plus grande bienveillance. M. le docteur Barthélemy a bien voulu, en maintes occasions, nous donner d'utiles conseils. Le docteur Le Pileur fut pour nous un maître plein d'affabilité et d'excellent enseignement. Nous n'aurions garde d'oublier MM. les docteurs Le Blond, Jullien, Ozenne et Oberlin qui ne nous ont pas ménagé les marques d'un affectueux appui.

Pendant tout le cours de nos études médicales,

le docteur Isch-Wall n'a cessé de nous guider. C'est lui qui a dirigé nos premiers pas à l'hôpital.

C'est lui qui, en toutes circonstances, n'a cessé de nous considérer plus comme un ami que comme un très respectueux élève. Nous n'oublierons jamais les marques de confiance qu'il nous a prodiguées et nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de lui adresser l'expression de notre très vive et très profonde reconnaissance.

M. le professeur Pinard nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille croire à la sincérité de nos remerciements.

INTRODUCTION

La blennorrhagie passe en général pour une affection peu grave. Celui qui en est atteint ne fait qu'en rire, tout fier ainsi d'avoir gagné un brevet de virilité.

Mais il sait que son écoulement à l'état aigu est contagieux. A cette période les érections sont douloureuses et redoutées. L'éjaculation est pénible. L'homme recherchera peu les rapports sexuels. Aussi la femme sera-t-elle rarement contaminée par une blennorrhagie aiguë. Ce sera pour elle une affection relativement peu fréquente et n'atteignant guère que les premières voies génitales (vulve, vagin, urèthre). Le gonocoque peut cependant gagner l'arbre utéro-annexiel, mais d'une façon précoce plutôt que réellement aiguë.

L'uréthrite de l'homme se tarit. A peine pré-

sente-t-il le matin un léger suintement qu'il qualifie de goutte militaire. Souvent même cet écoulement reste ignoré.

Le canal semble guéri et seul l'examen minutieux des filaments que peut renfermer l'urine permettrait d'y déceler le gonocoque.

C'est là que va être le danger pour la femme, que l'homme contaminera involontairement. Mais son uréthrite est chronique et ce ne sera que d'un gonocoque à virulence atténuée qu'il pourra inoculer sa femme.

Aussi, de tout temps, les médecins ont-ils pu constater une transformation dans la santé des jeunes épousées. Mais on les consultait peu car la jeune mariée et son entourage attribuaient volontiers aux premières fatigues du mariage, aux premières batailles de la lune de miel (souvent lune de fiel dit Ignario Callari), au classique voyage de noce, l'apparition d'une leucorrhée, de règles douloureuses, de pesanteurs lombaires.

Et le plus souvent telles sont les seules manifestations de la blennorrhagie chronique d'emblée. Insidieux, presque latent, son gonocoque gagne de proche en proche toute la hauteur de l'arbre génital; il peut atteindre successivement toutes les tuniques de l'utérus, des trompes, des ovaires. Le péritoine pourra lui aussi être envahi.

La gonococcie latente va être réveillée par la con-

tonner dans les glandes sous-muqueuses, glandes de Littre, glandes en tubes. Il n'en sort que pour aller contaminer la femme. Chez elle, où va-t-il se loger de préférence ? Dans les glandes d'abord, glandes en grappe il est vrai. De là, où ira-t-il ? au corps, dans des glandes en tubes. Et si on veut établir un temps d'arrêt dans la marche du gonocoque, entre le col et le corps, c'est dans cette différence de structure glandulaire qu'il faut vraisemblablement le chercher..

Comment le gonocoque va-t-il cesser d'être latent et sortir des glandes ? Nous avons employé l'expression de congestion utérine et semblé admettre qu'il s'agissait là d'un phénomène nettement défini. En réalité ce mot ne correspond à aucun état physiologique ou pathologique bien établi.

Il est certain qu'au moment de la menstruation, du coït, le contenu des glandes est entraîné à l'extérieur, gonocoques y compris. Il se produit une sorte de spasme qui contribue à faire sortir le bacille de Neisser de son repaire. Mais cela ne prouve pas qu'il va en être réveillé pour cela.

Examinons ce qui se passe chez l'homme atteint d'uréthrite chronique, où nous pourrons mieux suivre l'évolution des phénomènes. Une pollution nocturne ne fera rien au gonocoque. Un peu de bière et il va redevenir virulent. L'écoulement repa-

raîtra. Il y a là tout un chimisme mal connu à étudier.

Considérons de même le peu que l'on sait sur la menstruation de la femme. On a pu étudier les modifications qualitatives et quantitatives du sang. On a vu que les échanges nutritifs étaient modifiés. On n'a qu'indiqué l'hypertoxicité du sang et l'hyperalbuminose qui se produit pendant la période menstruelle. Il se fait certainement en même temps une décharge de toxines. Ce sont ces phénomènes chimiques qui, plus approfondis, permettront, nous le croyons, de comprendre le réveil du gonocoque au moment de la menstruation.

BLENNORRHAGIE LATENTE DE L'UTÉRUS

HISTORIQUE

De tout temps fut connue la blennorrhagie de la femme. Mais les faibles moyens d'investigations que l'on possédait laissaient ignorer le siège et la nature de l'affection.

Bernutz, un des premiers, établit une relation entre la pelvipéritonite et les lésions des organes génitaux externes. Mais ce qu'il appelait pelvipéritonite n'était autre chose qu'une salpingite suppurée.

Wert, en 1858, avait dit que la blennorrhagie pouvait entraîner la métrite et l'endométrite aiguë, et qu'en outre les lésions pouvaient s'étendre aux trompes.

Mulreany (1871) montra la métrite survenant chez les femmes blennorrhagiques après un avortement ou la menstruation. Gallard indiqua aussi la relation possible entre la blennorrhagie et les lésions des organes génitaux de la femme.

Mais ce fut Nœggerath qui en 1872 attira le premier l'attention sur le danger de l'infection gonorrhéique de l'utérus et de ses annexes. Il montra la possibilité de la blennorrhagie latente chez la femme. Pour lui 90 0/0 des femmes mariées à des sujets blennorrhagiques étaient contaminées de cette façon et un grand nombre d'elles (49 sur 81) restaient stériles. Ces idées ne furent pas partagées par tous. Frinte, en 1876, Schröder, en 1879 les combattirent.

La découverte du gonocoque par Neisser en 1879, jeta un jour nouveau sur la question.

Les travaux se multiplièrent alors. Nous ne citerons que les principaux. De Sinety et Henneguy, en 1885, retrouvent le gonocoque dans le pus de l'utérus. Bumm et Steinschneider (1886), insistent sur le siège utérin de la blennorrhagie chez la femme.

Diday et Doyon, puis Eraud (1888), distinguant les gonocoques latents des gonocoques aigus, concluent que l'utérus est le repaire du gonocoque en cas de gonorrhée chronique.

Nelander, Aubert, Eraud, Horand, en 1888,

Cesirone, en 1889, Luczny, en 1891, étudièrent, eux aussi, la localisation du gonocoque dans l'utérus.

Contrairement à Bumm (1887) et à Sœnger (1889), Wertheim, en 1892 met uniquement sur le compte du gonocoque toutes les inflammations même chroniques de l'utérus.

Depuis cette époque, de nombreux travaux dans les divers pays ont achevé de mettre au point la question.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

D'où vient le gonocoque latent ?

Les recherches de Menge, de Halle ont démontré qu'à partir de l'orifice externe du col, l'appareil génital de la femme ne contient pas d'espèces nuisibles. D'où provient le gonocoque qu'on peut, à l'état pathologique, y rencontrer ? Plusieurs auteurs, et particulièrement Terrillon, ont étudié le sperme de malades atteints de blennorragie chronique et ont pu y déceler le gonocoque. Il vient donc du canal uréthral de l'homme.

Nous devons signaler tout d'abord un point très particulier de la question qui pourrait acquérir une importance très grande et donner lieu en médecine légale à des débats particulièrement délicats.

Dans les vulvo-vaginites des petites filles, le gonocoque ne reste pas toujours localisé au vagin. A la clinique du professeur Dird, de Lausanne, on pratique, dit Mlle Lebedeff, l'examen au speculum de toutes les petites malades nouvellement arrivées. Sur 56 observations de vaginite infantile gonococ-

cique, 29 cas étaient compliqués d'endométrite. Koplick, Eraud constatèrent également l'existence fréquente d'endométrite.

Marx affirme qu'il n'est pas rare en pratiquant le toucher rectal profond chez des fillettes atteintes de vulvo-vaginite blennorrhagique de constater un certain empâtement des culs de sac latéraux. Il explique l'origine de cet empâtement par l'existence de salpingites. Ce qui paraît corroborer son opinion, c'est qu'en pratiquant l'autopsie de fillettes on peut parfois rencontrer du pus enkysté dans les trompes.

Les manifestations extérieures de la vulvo-vaginite, leucorrhée, douleurs à la miction, guérissent. Que deviennent les gonocoques de l'utérus et des trompes ? Il est très possible qu'il restent au fond des glandes dans l'utérus ou dans l'épaisseur des tuniques tubaires et s'y cantonnent, sans plus manifester leur présence

Nous n'avons pu trouver d'observations suffisamment probantes à ce sujet, mais on peut très bien admettre que de même que chez la femme adulte (et peut-être encore plus facilement, puisque les causes de réveil n'existent pas) le gonocoque de la petite fille peut après une période plus ou moins aiguë affecter un état latent. Mais il pourra plus tard se réveiller.

Indépendamment des arrêts de développement

et des déformations utérines qui s'accompagnent de troubles dysménorrhéiques et de stérilité, et décrits par Currier, par Pincus, reliquats de blennorrhagie infantile, Hofmeier admet que les endométrites des jeunes femmes peuvent être dues à une vulvo-vaginite ayant existé dans l'enfance. Lors de l'établissement des règles et surtout au moment du mariage, plus encore lors de la grossesse, nous trouvons là réunies toutes les conditions favorables à un réveil du gonocoque. Il va se manifester par un écoulement utérin, par un pouvoir contagieux. Et nous assisterons alors à ce fait paradoxal en apparence d'un jeune marié contaminé de blennorrhagie par une vierge ou à l'apparition imprévue d'une blennorrhagie chez une jeune mariée dont le mari n'a jamais eu la blennorrhagie.

Mais ces cas, nous le croyons, sont rares. Qu'il nous suffise de les avoir signalés.

Le gonocoque de la femme lui vient de l'urèthre masculin. De nombreux auteurs ont cherché à voir en quelle proportion les femmes mariées prenaient la blennorrhagie. Leurs statistiques ne sont que très approximatives. Outre qu'on ne peut examiner à ce point de vue toutes les femmes mariées, le gonocoque peut rester introuvable même après un examen attentif de la sécrétion du col utérin, comme nous le verrons plus loin, et n'en exister pas moins.

Von Schaick a fait l'examen microscopique des sécrétions génitales de 65 femmes mariées exclusivement recrutées dans la clientèle du cabinet. Chez 17 d'entre elles, soit 36 0/0 on trouvait le gonocoque.

Youmans dit que 10 à 30 0/0 des femmes reçoivent la blennorrhagie après leur mariage. Winckel (1) prétend que 36 0/0 des femmes sont atteintes de blennorrhagie utérine. D'après Sœnger et Schwartz la gonorrhée existerait dans 12 0/0 des femmes venant consulter le gynécologue.

D'après le Professeur Fournier, sur 387 hommes atteints de blennorrhagie, 26 en ont accusé des femmes mariées D'apres Nœggerath la proportion serait bien plus forte. Sur 1.000 hommes mariés, 800 sont capables d'inoculer la blennorrhagie à leur femme.

Ce que l'on sait beaucoup mieux, c'est que, alors même que l'homme se *croit* guéri, il peut parfaitement conserver, et ce pendant plusieurs années, des gonocoques dans les filaments de ses urines. Comment et pourquoi se méfierait-il si plusieurs mois après la guérison apparente d'un écoulement uréthral, à peine voit-il parfois son méat légèrement humide. Son gonocoque n'en a cependant rien perdu, non de sa virulence, mais

(1) Congrès de gynécologie, Vienne, 1893.

de sa contagiosité. Notre maître, M. Verchère, dans son livre si complet sur la blennorrhagie chez la femme, auquel il nous pardonnera de faire de si larges emprunts, rapporte l'observation due à Brewer « d'un homme qui infecta sa femme; il avait été 6 ans auparavant atteint de blennorrhagie; il ne conservait depuis 3 ans qu'une humidité passagère; on ne trouvait de gonocoques que dans les filaments de ses urines. Hartmann (note à Furbringer, p. 390), cite un cas où la blennorrhagie datant de 6 ans était encore à gonocoque. Tous ces faits concordent avec les résultats de Neisser qui a décélé le gonocoque dans la moitié des cas chroniques ayant duré plusieurs années et démontrent que cet écoulement est tout aussi dangereux sinon plus que l'écoulement subaigu. On ignore sa virulence, souvent même sa présence. »

Comment arrive-t-il à l'utérus ?

L'inoculation de la muqueuse utérine peut se faire de plusieurs façons. Le gonocoque y arrive directement quand il est projeté, avec les spermatozoïdes, par éjaculation dans le méat cervical. Il peut y parvenir secondairement quand il est obligé de cheminer à travers le vagin, après y avoir été déposé d'emblée ou que la contamination ait eu lieu au niveau de l'urèthre ou de la vulve. Exceptionnellement une réinfection utérine peut être

descendante, et provenir des trompes infectées (Tixeron).

Quelle portion d'utérus va-t-il gagner ?

Arrivé au col utérin le gonocoque va se trouver dans des conditions plus ou moins favorables à son installation et à son développement.

Si la femme est en période menstruelle ou si une sécrétion anormalement abondante dilue le mucus cervical et affaiblit ses propriétés bactéricides (coïts répétés), si l'occasion du contage se répète, chaque coït amenant un renfort microbien, l'inoculation se fera plus sûrement.

Grande sera la différence si la femme est nullipare ou non ; chez la nullipare l'orifice du col utérin est petit, lisse, bien fermé au pus. S'il sécrète un mucus alcalin actif, si la phagocytose s'établit immédiatement, le terrain ne sera que peu favorable pour le bacille de Neisser. L'intégrité de la muqueuse cervicale s'opposera pour un temps à l'envahissement de l'endomètre. Chez la multipare, au contraire, l'orifice du col est fortement dilaté ; plus ou moins dilacéré, déchiqueté ; dans ces fissurations, dans ces cryptes le gonocoque se logera facilement.

Ainsi arrivé au col, il va irradier dans l'utérus en hauteur, en profondeur dans ses parois, et pour les raisons que nous venons d'indiquer, plus rapidement chez la multipare que chez la nullipare.

Quelques auteurs semblent admettre une barrière infranchissable entre le col et le corps.

Mais il faut remarquer que la structure des cellules muqueuses du col et du corps est identique, à part des différences de détail dans la situation du noyau. Ce sont des cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles. Pourquoi donc tant séparer au point de vue pathologique le col du corps? Le gonocoque passe de muqueuse à muqueuse semblables, et que l'orifice interne du col soit béant ou rétréci, nous ne voyons pas, étant donné les dimensions du gonocoque, qu'il ait à se préoccuper de ces différences de calibre. Cependant il peut n'atteindre que le col, et l'on observera parfois une métrite du col, mais la métrite le plus souvent est totale, la métrite du corps s'accompagnant de métrite du col.

De nombreux auteurs ont cherché les causes qui favorisent l'ascension du gonocoque. En dehors de la grossesse et de la puerpuéralité sur lesquelles nous aurons à revenir, Fritsch dit que le passage du col au corps se ferait surtout pendant les règles et serait favorisé par un traitement intra-utérin énergique. Winter, en dehors de la menstruation, accuse l'infection par les instruments et les mains du chirurgien. Klein ajoute les écarts d'hygiène, le travail excessif, les ascensions dans la montagne, les rapports sexuels fréquents

Toutes ces causes favorables peuvent, en réalité, intervenir, isolées ou associées. Seules les règles, devenues douloureuses. Manifestent-elles peut-être ainsi la marche ascensionnelle du gonocoque, favorisée par la congestion utérine menstruelle.

Etudions maintenant l'extension dans l'épaisseur des tissus utérins « La muqueuse du canal cervical, dit Doléris, contrairement aux plans lisses et réguliers avec lesquels elle se continue en haut vers la cavité du corps et en bas vers le vagin, est parfaitement disposée pour recevoir et garder les germes infectieux. Avec sa surface cryptoïde accidentée de creux, de nombreux replis et de saillies, les glandes nombreuses et ramifiées dont les culs-de-sac pénètrent jusque dans le stroma musculaire de l'organe, tapissée qu'elle est d'un épithelium cylindrique et baigné par des sucs à réaction alcaline, elle semble, *a priori*, constituer une région anatomique on ne peut plus favorable à la pénétration et au séjour prolongé des microbes. La muqueuse du corps lisse, régulière en surface, partiellement caduque à chaque menstruation, n'offre au gonocoque d'autre habitat stable que les recoins de ses glandes en tubes. » La muqueuse est donc tout d'abord le point d'élection du bacille de Neisser. « Les gonocoques, dit Doderlein, envahissent en vrais parasites les cellules épithéliales cylindriques de la muqueuse cervicale qui leur

sont évidemment appropriées et très accessibles. Et lorsqu'ils sont établis dans les cellules elles-mêmes et dans les recoins intercellulaires, il leur est aisé par voie d'accroissement en surface de se diffuser en haut, sur et dans la muqueuse et de se nicher de telle façon qu'il serait aussi difficile de les dessécher à ce niveau et de les tuer que dans la profondeur et les cryptes de l'urèthre male. »

C'est, nous le voyons, par l'intermédiaire des glandes que le gonocoque gagne insidieusement toute l'épaisseur des tuniques utérines. La disposition tubulaire des cæcums et la situation profonde de leurs culs-de-sac rend un compte suffisant de la chronicité des lésions.

Après l'endomètre glandulaire, la couche musculeuse est atteinte ; c'est par contigüité que se fait cette propagation, et ce toujours sans aucune réaction extérieure.

Dans les glandes, il est facile de constater la présence du gonocoque Si sur un utérus enlevé, on vient à faire une coupe au bistouri de la région glandulaire, il suffit de presser l'organe entre deux doigts pour faire sourdre du pus contenant du bacille de Neisser. Il peut en être de même dans la musculeuse. Hofmeier a même vu des abcès de l'utérus à gonocoques. Ils sont rares, il est vrai, dit-il, si l'on fait abstraction des abcès consécutifs à la fonte purulente des myomes. Beaucoup de

prétendus abcès ne sont que des abcès d'organes voisins. Mais il a pu observer de vrais abcès des parois utérines, ce qui, ajoute-t-il, explique suffisamment la pénétration en profondeur du gonocoque, décrite par Wertheim.

Enfin Hoche (1), reprenant la question, dit que dans les blennorrhagies utérines chroniques on peut observer trois sortes de lésions : 1° des lésions inflammatoires périglandulaires, diffuses ou localisées très accusées ; 2° des lésions interstitielles diffuses ; 3° et principalement des lésions inflammatoires diffuses ou en foyer au voisinage même des vaisseaux et dans toute l'épaisseur de la muqueuse et du parenchyme cervical. Il y a surtout lieu de considérer la présence de foyers inflammatoires localisés au voisinage des vaisseaux, et l'existence même de véritables abcès microscopiques. Ces abcès qui se trouvent dans la gaine adventitielle des vaisseaux peuvent se rompre à leur intérieur et devenir le point de départ d'une généralisation ou d'une infection.

Toutes les tuniques de l'utérus, et tant du col que du corps, vont donc pouvoir se trouver envahies par le gonocoque et, comme nous le verrons, sans s'accompagner d'aucun phénomène réactionnel, sauf peut-être au moment de la congestion utérine menstruelle, cause favorisant leur progression.

(1) Soc. de Médecine de Nancy, 1899.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« Les lésions de la métrite blennorrhagique, « écrit M. Verchère, n'ont aucun caractère spéci- « fique. Déterminées par l'inoculation blennorrha- « gique, elles se présentent sur la muqueuse dans « le tissu utérin, avec les mêmes caractères qu'elles « ont à la suite de toute autre inoculation. La spéci- « ficité de l'affection ne réside pas dans la modi- « fication des tissus déterminés par elle, mais bien « dans l'élément provocateur de ces modifications. »

Aussi serons-nous brefs sur l'anatomie pathologique de la métrite blennorrhagique latente, et nous nous contenterons d'indiquer les principales lésions que l'on peut rencontrer. Les deux formes les plus fréquentes sont la forme fongueuse et la forme parenchymateuse. La forme scléreuse est plus rare. Dans la première (*forme fongueuse*), au col « les inégalités, les villosités de la muqueuse, dit Cornil, sont arrivées à leur maximum ; les anfractuosités de l'arbre de vie sont beaucoup plus profondes qu'à l'ordinaire, les cavités glandulaires ont des dimensions exagérées ; enfin, la sécrétion du mucus est exagérée. »

Les glandes, infectées comme nous l'avons vu, sont augmentées de volume. La muqueuse est parfois légèrement rouge, d'autres fois elle subit une dégénérescence granuleuse telle que, si l'on peut arriver à palper les parois cervicales, on a la sensation d'un véritable semis de grains petits mais fermes qui les tapissent : ce sont des végétations miliaires dans l'intérieur desquelles on peut du reste constater le gonocoque. Doléris compare cet état à une sorte de trachome intracervical. Un pas de plus et l'on arrive à de véritables productions fongueuses dilatant le col, et venant parfois faire saillie au museau de tanche sous forme de bourgeons mous, d'un rouge vif.

Dans la *forme scléreuse*, le col est rétracté, parfois rétréci. La muqueuse est dure, criant sous la curette.

La *métrite parenchymateuse* est extrêmement fréquente. Toute l'épaisseur des tuniques peut être le siège d'une prolifération intense de tissu conjonctif épais avec cellules plates interposées. Ces lésions donnent au col un aspect spécial. Il est augmenté de volume quelquefois énorme, turgescent. Le museau de tanche peut en être plus ou moins ulcéré, altéré. Au corps, les trois mêmes formes se retrouvent.

SYMPTOMATOLOGIE

Symptômes fonctionnels. — Ils sont très minimes, souvent nuls. Dans l'état habituel, la femme ne s'aperçoit absolument de rien. La douleur peut cependant exister, mais elle n'apparaît qu'en des conditions et à des moments déterminés.

Pendant les deux ou trois jours qui précèdent les règles, la femme ressent des douleurs au niveau du bas ventre, sur la ligne médiane, au dessus du pubis.

La douleur est sourde, gravative, donnant une sensation de plénitude au niveau du périnée et du petit bassin. Il semble à la malade, dit Pozzi, qu'elle ait là un corps étranger qui tend à s'échapper. La malade sent son utérus. La douleur peut en même temps exister au niveau des fosses iliaques lorsque le processus s'étend aux trompes.

Souvent au moment où les règles s'établissent, la douleur disparaît; d'autres fois elle persiste pendant la durée des règles pour cesser ensuite. Nous avons vu que ces phénomènes coïncidaient avec une phase d'extension du gonocoque.

Les mêmes phénomènes à des degrés variables

se manifesteront après une fatigue, une longue marche, un trajet en omnibus, un abus de coït. La douleur pourra alors présenter des irradiations vers les lombes, vers les aines, pouvant descendre jusqu'au genou.

Mais encore une fois, les symptômes n'existent peu ou pas, n'apparaissant qu'accessoirement, et sous des causes bien connues des femmes atteintes de blennorrhagie latente.

Quatre jours de chaise-longue avant et pendant les règles, c'est là tout le mal.

Souvent la leucorrhée existe à peine; au col un léger boucbon muqueux, telle la goutte uréthrale de l'homme. Aussi les Anglais l'ont-il appelé « gleet » goutte militaire utérine.

Ce bouchon tantôt est épais, verdâtre, adhérent au col. Il ne ressort pas avec le liquide de l'injection. Il est donc absolument ignoré. D'autres fois, il est clair, transparent.

La dysménorrhée est rare. On peut enfin parfois observer de légères métrorrhagies.

Le syndrome utérin, avec ses diverses manfiestations, facies, dyspepsie, toux, névralgies et névroses utérines, est peu fréquent, ou tout au moins on n'en rencontre généralement que des éléments isolés.

Symptômes physiques. — Le gonocoque latent quant à ses manifestations extérieures, n'en a pas

moins créé dans l'utérus des lésions profondes que l'examen physique révélera facilement. Et ce que l'on voit correspond aux formes anatomo-pathologiques dont nous avons parlé.

La forme parenchymateuse est peut-être la plus fréquente. L'utérus sera gros, parfois énorme. Le col descend bas dans le vagin ; il est hypertrophié, tendu, turgescent. Les lèvres du col sont doublées, triplées d'épaisseur. Au corps, mêmes lésions, et il est facile de se rendre compte par le toucher et le palper combinés de l'épaississement des parois de l'utérus.

Au spéculum, on ne peut voir la muqueuse du col chez la nullipare et la cervicite externe est rarement une manifestation de la blennorrhagie ignorée ; chez la femme pare on pourra sur le col déhiscent, constater des granulations, des fongosités plus ou moins volumineuses. Chez la nullipare, on ne voit rien ou presque rien comme lésion de la muqueuse, sauf dans le cas où une formation polypoïdale vient se montrer à l'orifice utérin. Ce cas est rare.

En même temps le spéculum permettra de préciser l'origine de l'écoulement utérin. Il peut en effet être intéressant de savoir s'il vient du col ou du corps. Le tampon explorateur de Schultze permettra de faire le diagnostic différentiel.

Après avoir nettoyé le vagin et la portion vagi-

nale de l'utérus, on place devant l'orifice externe du col un large tampon de coton attaché par un fil en croix, de façon que le croisement du fil corresponde à l'orifice. Il faut ensuite rabattre les bords du tampon de façon à en coiffer aussi exactement que possible la portion vaginale. On met un deuxième tampon pour maintenir le premier. La malade reste couchée pendant vingt-quatre heures. On enlève alors le tampon avec le spéculum de Sims et une pince. Si le pus est intimement mélangé au mucus du col, il y a catarrhe purulent du col.

Si l'on trouve du mucus et du pus plus ou moins indépendants l'un de l'autre, il y a catarrhe du col et du corps. Dans certains cas, la différence est difficile à faire, mais alors il s'agit presque toujours de catarrhe étendu à la muqueuse utérine toute entière.

En résumé, tantôt les symptômes fonctionnels manquent complètement, tantôt ils n'apparaissent que sous des causes déterminées (règles, coït, fatigues). Ils ne sont nullement pathognomoniques.

Les signes physiques existent ; certains sont presque spéciaux à la blennorrhagie : dans la forme parenchymateuse, le groin de porc. Mais ils sont cependant insuffisants pour attribuer au gonocoque les lésions que l'on observe.

La recherche du bacille de Neisser nous en donnera-t-elle les éléments suffisants ?

DIAGNOSTIC POSITIF

En Allemagne, deux opinions opposées l'une à l'autre s'étaient établies. Pour Neisser, l'examen bactériologique positif peut seul permettre de diagnostiquer la blennorrhagie chronique de la femme. Sœnger, Brœse soutiennent contre lui que, vu la difficulté de la recherche du gonocoque dans la secrétion catarrhale du col, l'examen bactériologique devait céder le pas aux renseignements cliniques dans le diagnostic de la maladie.

Il est certain que si on peut trouver le gonocoque dans la sécrétion utérine, le diagnostic étiologique sera fait *ipso facto.*

Il faut avoir soin de faire l'examen bactériologique de tous les écoulements utérins que l'on peut découvrir. Tel bouchon utérin qui est actuellement transparent comme du verre, peut parfaitement renfermer du gonocoque. A. Wvedensky, sur 306 femmes examinées, a trouvé dans 17 0/0 des cas un écoulement purement muqueux du col utérin. Dans 11, 32 0/0 de ces cas il a pu déceler le gonocoque. Enfin le bacille de Neisser a été vu dans les écoulement de 25, 14 0/0 des cas de

catarrhe isolé du col, c'est-à-dire dans les cas que sans l'examen microscopique, on considère généralement comme non contagieux.

Wertheim (Verhandlung der deutschen Geselschaft für gynäcologie Sechster Kongress, 1895, p. 218), a examiné cinq cas où l'absence de lésions annexielles et l'atténuation des symptômes douloureux pouvaient faire penser à l'intégrité du corps. Il a enlevé à la curette tranchante un petit morceau de muqueuse du corps. Dans chacun de ces cas il a examiné les coupes de ces fragments de muqueuse. Dans tous, il a pu démontrer la présence du gonocoque dans les tissus.

L'examen doit être répété fréquemment. Négatif aujourd'hui, il pourra être positif le lendemain ou les jours suivants.

Bumm a montré en effet qu'on peut à des examens répétés tous les jours pendant un certain temps, tantôt ne pas trouver de gonocoques du tout, tantôt les trouver en abondance, et ce à un jour d'intervalle. Cela s'explique peut-être par ce fait que les glandes de l'utérus sécrètent tour à tour et que le pus venant de l'utérus n'est sans doute, en grande partie tout au moins, que le produit de leur évacuation.

La recherche du gonocoque doit être poursuivie pendant longtemps. W. R. Pryor sur des femmes maintenues, cinq mois en observation continue à

retrouvé 71 fois sur 100 le bacille de la gonorrhée latente. Pichevin (1) a observé le gonocoque dans le col six ans après la contamination.

Enfin de ce que tous les examens sont négatifs, il ne faut pas conclure à l'absence du bacille de Neisser. On doit se contenter des anamnèses, rechercher chez le mari l'existence d'une ancienne goutte militaire, remontant même à plusieurs années. Si la femme a eu des enfants, on recherchera si le nouveau né n'a pas été atteint d'ophtalmie ou de vulvite ; c'est qu'il aura été contaminé en traversant les organes génitaux de la mère, et le gonocoque facteur de ces lésions nous apparaîtra.

(1) Soc. obstétricale et gyn., 9 juillet 96.

ÉVOLUTION

Rien n'est plus variable que l'évolution de la blennorrhagie latente. Sans aucune réaction extérieure, les lésions des tissus progressent. Le gonocoque profitera de toutes les congestions utérines pour s'inoculer plus profondément.

Tout va donc dépendre des conditions hygiéniques, sociales, dans lesquelles se trouve la malade, et qui lui permettront de se défendre plus ou moins bien contre l'extension du bacille de Neisser.

Quelques jours avant ses règles, pendant ses règles, il lui faudrait pouvoir rester allongée sur sa chaise longue. Elle devrait pouvoir éviter les longues marches, les voyages si pénibles parfois en omnibus, les étages nombreux à gravir. Les coïts répétés, brutaux, lui seront nuisibles.

L'évolution, le pronostic vont donc varier suivant les conditions de vie de la femme.

Enfin tout se trouvera changé lors des réveils du gonocoque.

BLENNORRHAGIE LATENTE DES TROMPES

HISTORIQUE

En même temps qu'ils le faisaient pour l'utérus de nombreux auteurs avaient rattaché à la blennorrhagie les affections tubaires.

La découverte du bacille de Neisser est venue là encore confirmer le travail de Nœggerath. Mais on ne pouvait encore faire la constatation bactériologique. Gusserow, Cornil, Terrillon n'étaient pas encore arrivés à déceler le pus dans les trompes.

Sœnger, 1884, Tait, 1884, Howard, 1886, publièrent également des observations de pyosalpinx blennorrhagique. Westermak, 1886, est le premier qui ait reconnu d'une façon précise le gonocoque dans le pus des trompes. Peu de temps après

Orthmann faisaient la même constatation. Depuis, par suite du grand développement pris par la chirurgie opératoire des trompes, leur examen fut pratiqué en grand nombre. C'est ainsi que Wertheim (1890), suivi depuis par de nombreux auteurs, put retrouver le gonocoque non seulement dans le pus, mais même dans la paroi des trompes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La littérature médicale possède actuellement un nombre considérable d'examens bactériologiques de trompes gonococciques. Martin, dans une première statistique portant sur 287 cas de salpingite a trouvé 55 fois le gonocoque. Plus récemment 1484 cas lui ont montré 143 fois le bacille de Neisser. Wertheim sur 116 cas l'a trouvé 32 fois et dans des recherches ultérieures snr 114 cas l'a vu 39 fois. V. Rosthorn dans 155 salpingites a relevé 35 fois le gonocoque, Hartmann et Morax 13 fois sur 33 cas, Witte, 7 fois sur 39 cas, Jayle 4 fois sur 30, Menge 28 fois sur 122, Zweifer, 8 fois sur 34, Schauta, 23 fois sur 90. Prochownik 3 fois sur 52, Reymond, 3 fois sur 27, Yordanoff, 6 fois sur 43 cas.

Mais il faut en même temps envisager une série très importante de faits : ce sont les cas manifestement blennorrhagiques où malgré les recherches les plus délicates, des examens répétés et des tentatives nombreuses de culture, on n'a pu déceler ni dans le pus, ni dans la sécrétion tubaire aucune bactérie.

Si nous réunissons, par exemple, les statistiques de Wertheim, Schauta et Martin, nous voyons que sur 333 cas examinés, l'absence de bactéries existait dans 204 cas. Hartmann et Morax sur 33 cas de collections suppurées des annexes ont 13 fois trouvé le pus stérile. D'autres auteurs ont cité des cas analogues et nous rapportons comme type une observation de Legros (observation I) des plus nettes.

Nous allons avoir l'explication de ces phénomènes en étudiant comment le gonocoque arrive aux trompes et à quelle profondeur de leur paroi il pénètre.

Le gonocoque des trompes vient de l'utérus.Sauf M. Lucas-Championnière, resté partisan de la voie lymphatique, tous les auteurs sont actuellement d'accord pour admettre que la propagation se fait par continuité de la muqueuse, par contiguité à travers les tissus.

La muqueuse tubaire se continue exactement avec la muqueuse utérine, et comme tous les auteurs admettent dans les deux muqueuses, la présence du gonocoque, il ne peut y avoir aucun doute sur la marche par continuité de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire

Nous avons vu que le gonocoque peut envahir la musculeuse utérine. Dans la trompe, Wertheim (1)

(1) Arch. f. gyn. 1892, BD., XLI, Heft, 1.

vit des bacilles de Neisser dans la profondeur de la couche musculaire.

Reymond dit au contraire n'en avoir jamais pu rencontrer. Kraus (1) a repris et confirmé les recherches de Wertheim. Par l'examen de 8 cas de salpingite gonococcique, il a pu se convaincre de la présence constante du bacille de Neisser dans la partie profonde de la tunique épithéliale, de la tunique musculaire, voire même dans le tissu sous-séreux et le péritoine tubaire.

Suivant lui, comme pour Wertheim, il y aurait deux voies de pénétration du gonocoque dans la paroi tubaire : tantôt les microbes vont directement de l'intérieur de la trompe vers la périphérie, de l'épithelium à travers le muscle jusqu'à la séreuse, tantôt au contraire ils passent d'abord sous le péritoine et pénètrent ensuite dans la paroi de la trompe.

Nous allons ainsi pouvoir comprendre les faits contradictoires en appparence tirés des recherches bactériologiques. Le gonocoque de la muqueuse tubaire se trouvera à l'origine en grande abondance soit dans l'exsudat de la salpingite catarrhale, soit dans le pus de la salpingite suppurée (2).

(1) Monat. f. geb. et gyn.. août 1902.

(2) Il ne s'agit ici bien entendu que de salpingites à gonocoque pur.

C'est une gonococcie chronique d'emblée, n'ayant provisoirement aucune tendance à provoquer de grande réaction. Pour des raisons encore mal connues, probablement parce qu'il ne trouve pas dans le liquide tubaire un milieu de culture convenable, il disparaît peu à peu de cet exsudat ou de ce pus, et meurt. Mais il n'en persiste pas moins dans la muqueuse, d'où il peut, toujours latent, gagner la musculeuse, ou peut-être même par prolifération réapparaître dans le liquide tubaire. S'il a gagné la musculeuse par contiguité de la musculeuse utérine, il continue à s'y développer.

Le liquide contenu dans la trompe, perméable ou non, va persister. Les lésions de la trompe elle-même continuent à se développer par multiplication du gonocoque toujours latent, et là encore, de même que dans l'utérus, les lésions se trouveront arrivées à leur maximum, sans qu'aucun symptôme fonctionnel ait attiré l'attention de la malade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La salpingite blennorrhagique latente peut exister sous *forme catarrhale*. Le gonocoque reste alors localisé à la muqueuse. « L'organe (1) est hypertrophié, tuméfié, en forme de cylindre, de sangsuë, variant du volume du petit doigt à celui du pouce. On trouve de l'infiltration du tissu sous-séreux et de la paroi tubaire elle-même. La trompe paraît bosselée, moniliforme, son pavillon est replié sur lui-même, parfois fermé. Sa surface est rose et l'on voit à la coupe la cavité remplie de replis hypertrophiés, gris, rosés, lui donnant un aspect végétant. Ces replis sont cellulo-vasculaires et recouverts d'une couche de cellules épithéliales à cils vibratiles. »

Le pavillon va-t-il rester perméable? Næggerath soutient que la salpingite blennorrhagique provoque nécessairement une oblitération de la trompe. L'opinion contraire est soutenue par Hartmann. Pour lui cette oblitération est loin d'être cons-

(1) Verchère., *loc. cit.*

tante et il cite plusieurs observations (1) où en pressant sur l'extrémité de la trompe on voyait sortir du pavillon une goutte de pus épais et jaune, contenant du gonocoque. Cette perméabilité de la trompe mènera à la *forme chronique parenchymateuse* parfois *hypertrophique*. « La trompe a la grosseur du doigt, elle est violacée, lie de vin. La paroi est épaisse charnue, résistante et dans sa cavité on trouve une substance pulpeuse formée par la muqueuse végétante, dont l'épithelium est très altéré. »

Une 3e variété plus rare est la *salpingite chronique atrophique*, où l'infiltration cellulaire en se rétractant amène une véritable résorption des tissus.

Si au contraire le pavillon est oblitéré nous assistons à l'apparition d'une salpingite kystique à contenu purulent. C'est le *pyosalpinx* classique. La trompe atteint des dimensions parfois considérables. Elle peut acquérir le volume du poing, être incurvée, présentant une série de rétrécissements qui lui donnent un aspect moniliforme. Le pus contient du gonocoque.

Mais si celui-ci vient à disparaître, le pus peut rester tel ou se transformer. Il perd peu à peu ses caractères, de sorte qu'il subsisterait seulement un

(1) Soc. anat. de Paris, 8 fév. 1895.

liquide séreux, aseptique, absolument privé d'éléments figurés et de microorganismes : c'est l'hydropisie tubaire ou *hydrosalpinx*, qui peut être considéré comme un mode de guérison du pyosalpinx. L'hydrosalpinx peut être volumineux atteignant parfois le volume d'une tête de fœtus. Il peut présenter des bosselures, des coudures, c'est la salpingitis nodosa de Hertsfeld.

Les lésions sont tantôt uni, tantôt bilatérales, plus fréquentes au début à gauche. Le processus peut ultérieurement envahir les deux trompes.

SYMPTOMATOLOGIE

Symptômes fonctionnels. — La salpingite est latente, les signes fonctionnels sont nuls.

Cependant de même que dans l'utérus, et sous les mêmes causes, on peut voir apparaître de la douleur. Ce sera dans les trois ou quatre jours qui précédent les règles ; ce sera pendant les règles elles-mêmes ou bien encore à l'occasion d'une marche prolongée ou de fatigues génitales.

Mêmes causes, mêmes effets que pour l'utérus.

La douleur existera surtout au niveau des fosses iliaques, droite ou gauche suivant la localisation de la salpingite. Elle sera bilatérale dans le cas d'annexite double. Des irradiations peuvent exister au niveau des lombes et du sacrum.

Enfin parfois on peut assister à une colique tubaire. La trompe tenterait de vider son contenu, et y réussit parfois.

Ce sont alors des douleurs intermittentes, souvent unilatérales, siégeant du côté de la salpingite. Elles se présentent sous forme de coliques « naissant particulièrement par la pression au dessus du ligament de Fallope et pouvant irradier en diffé-

rents sens, apparaissant par accès, par attaques, dont la durée et le retour ne sont pas constants et ne sont soumis à aucune régularité » (Ozenne).

La trompe projette brusquement son contenu dans l'utérus, la douleur se calme. On peut alors assister à l'issue hors du col d'un écoulement venu des trompes. L'origine en est diagnostiquée par le siège de la douleur. Dans les autres cas l'écoulement tubaire vient se mêler à la leucorrhée utérine et le diagnostic du siège de l'écoulement est impossible.

Symptômes physiques. — L'examen de la femme permettra seul le diagnostic des lésions tubaires.

Cet examen, toucher et palper combinés, doit être fait chaque fois qu'il sera possible de le pratiquer; lui seul permettra de dépister la salpingite latente.

Suivant que la salpingite sera catarrhale, ou chronique parenchymateuse on pourra sentir dans un des culs-de-sac latéraux, parfois les deux, une tumeur de volume variable (d'un porte-plume à la grosseur d'un pouce), allongée, parfois légèrement moniliforme, se continuant avec la corne utérine.

A ce niveau, le doigt réveille une douleur plus

ou moins vive, exquise parfois, comme disait Gallard à propos de l'ovaire.

Le pyosalpinx, l'hydrosalpinx donneront la sensation d'une masse parfois relativement considérable, un poing, une tête de fœtus, assez allongée, moniliforme, et pouvant être rattachée à l'utérus. La fluctuation est du reste presque toujours impossible à percevoir.

Les trompes malades peuvent prolaber dans le cul-de-sac de Douglas, où le doigt explorateur les trouve facilement.

La douleur provoquée peut ne pas être considérable, et il faut parfois comprimer très fortement la tumeur entre le doigt vaginal et la main abdominale pour que la malade se plaigne.

A Saint-Lazare où nous avons touché de partipris toutes les femmes atteintes de blennorrhagie récente ou ancienne (remontant souvent à dix années, ces malades étant alors soignées pour la syphilis), nous avons pu retrouver ainsi un grand nombre de volumineuses salpingites nullement douloureuses, ne gênant nullement ces femmes dans leur métier pourtant pénible pour leurs organes génitaux, et nous rapportons trois de ces observations (observations II, III et IV) de gros pyo ou hydrosalpinx (le diagnostic précis n'a pu être fait puisque nous n'avons pas eu à intervenir) que nous avons décelés par l'examen complet de

la femme, alors qu'elle ne se doutait aucunement de sa lésion. Nous avons eu occasion de revoir une de ces malades trois fois en deux ans, et bien qu'au premier examen nous eussions attiré son attention sur sa salpingite, elle nous a affirmé n'en avoir jamais souffert.

ÉVOLUTION

La latence peut rester indéfinie. Si les orifices tubaires restent perméables, l'écoulement tubaire se fait régulièrement, donc pas de rétention. En cas de pyosalpinx nous avons vu l'évolution possible du pus, et la transformation en hydrosalpinx de durée indéfinie.

Le pronostic serait donc assez favorable et la guérison peut parfois, à la longue, se faire spontanément.

Mais le plus souvent le bacille de Neisser persiste, prêt à sortir de sa torpeur apparente. Si une grossesse survient, le gonocoque va cesser d'être latent.

RÉVEILS DU GONOCOCCISME LATENT

Deux facteurs vont pouvoir faire sortir le gonocoque de son état latent ; c'est d'une part la congestion utérine, de l'autre la grossesse ou l'accouchement. A vrai dire, on ne peut toujours les isoler ainsi complètement ; la congestion utérine entrant aussi en ligne de compte dans le facteur gravidite ; mais dans la grossesse ou l'état puerpuéral, l'état anatomo-pathologique des tissus, les conditions bactériologiques où ils se trouvent jouent surtout un rôle important, nous pourrons donc maintenir la division indiquée.

CHAPITRE PREMIER

CONGESTION UTÉRINE

Nous avons déjà étudié l'influence de toutes les poussées congestives qui se faisaient tant du côté de l'utérus que vers les trompes, sur la marche du gonocoque. Il sort de sa latence, et sans aucune réaction extérieure, sans symptôme fonctionnel apparent, franchit une étape à chaque congestion utérine, et c'est ainsi que de proche en proche il envahit tout l'arbre utéro-tubaire.

Il ne faut pas seulement incriminer la période menstruelle.

« Toute occasion d'afflux sanguin, dit Jullien (1), peut devenir un état morbide. Les pensers lascifs chez les femmes voluptueuses sont à citer. Les attouchements, la masturbation auxquels se joint l'action physique des frottements favorisent très

(1) Jullien, Blennhorragie de mariage.

activement la formation, la migration des corpuscules purulents ; machine à coudre, skating, bal, cheval, bicyclette agissent dans le même sens. Enfin, au cours des rapprochements, les violences s'exercent jusque dans les profondeurs des parties pour comprimer les tissus, vider culs-de-sac et canaux par expression ou par la sécrétion de nouveaux fluides, et jeter sur les muqueuses bien préparées le venin des résidus. »

Là va être encore un danger. Aussi bien que pour progresser, le gonocoque va retrouver sa virulence et redevenir contagieux.

L'urèthre du mari est complètement guéri. D'autres fois il semble l'être. Ses gonocoques latents eux aussi, son canal guéri et accoutumé, vivent en parfaite intelligence avec la leucorrhée non contagieuse de la femme. Brusquement une poussée d'uréthrite aiguë se fait chez l'homme ; nulle autre cause à invoquer que le réveil du gonococcisme latent de la femme sous l'influence de la congestion utérine. Le facteur du réveil est la congestion de la période menstruelle.

Nous avons pu observer (Observation V) un jeune homme qui, après avoir contaminé sa maîtresse la fit soigner, se soigna en même temps. Ils semblaient parfaitement guéris tous deux. Lui n'avait plus ni gonocoques ni filaments dans l'urine. Sur elle, nous n'eûmes plus d'autres ren-

seignements bactériologiques car, sa leucorrhée tarie, elle refusa de se laisser examiner. Dès qu'un coït avait lieu pendant les trois jours qui précédaient ou qui suivaient les règles, une uréthrite aiguë apparaissait chez le jeune homme. Elle guérissait complètement dans les délais habituels, mais pour reparaître chaque fois que le coït était pratiqué pendant la période dangereuse. Après tout coït loin des règles, l'urèthre de l'homme restait parfaitement sain.

« Ainsi, dit Jullien, le compagnon d'une femme blennorrhagique incomplètement débarrassée reste toujours très exposé Il y a surtout chaque mois un cap difficile à doubler. Que de maris, que de vieux amants inhabiles à comprendre ce danger, et plus encore à y parer, subissent l'habitude de ces retours douloureux, et viennent plusieurs fois par an réclamer nos secours contre la périodique résurrection du mal. Ils s'accusent d'avoir méconnu l'approche ou le déclin des règles et bravé sans le vouloir l'âcreté légendaire mais si peu démontré du sang menstruel. »

CHAPITRE II

GROSSESSE ET PUERPUÉRALITÉ

A. — Stérilité et Blennorrhagie latente

Avant d'étudier l'influence de la grossesse et de la puerpuéralité sur la blennorrhagie latente, il est utile de savoir si une femme présentant de la gonococcie latente de son utérus ou de ses trompes, peut être fécondée.

Utérus. — Un premier obstacle à la pénétration des spermatozoïdes dans l'utérus semble être le bouchon muqueux que nous avons observé au col. Chez la nullipare, au col étroit, il vient par sa présence seule contituer une barrière souvent infranchissable.

Schultze a observé le cas d'une femme qui pendant les trois premières années de son mariage resta stérile, et ne devint enceinte qu'à la suite du

simple enlèvement momentané du mucus cervical.

Chez les multipares, l'obstacle est moins grand, le col étant plus large, plus dilaté, plus perméable, le passage partant plus facile, mais la cavité cervicale, en revanche, peut être obstruée par des productions kystiques (œufs de Naboth).

Dans la cavité utérine, le mucus normalement alcalin et partant favorable à la vie et à la progression des spermatozoïdes devient acide lors de métrite : le spermatozoïde ne peut donc plus vivre dans ce milieu. Kisch a vérifié ce fait en prenant du mucus utérin peu après le coït ; le microscope y révélait de nombreux cadavres de spermatozoïdes vraisemblablement tués par l'acidité du mucus.

Trompes. — La salpingite catarrhale peut entraver la fécondation, soit par le fait du simple gonflement de la muqueuse, soit par l'effacement des plis qu'elle présente à l'état normal et la disparition fréquente de l'épithélium vibratil.

Si l'inflammation est légère, l'obstacle à la progression du spermatozoïde ou de l'ovule sera peu important ; mais si l'organe est en suppuration, le passage pourra être fermé ou le spermatozoïde tué par le contact acide du pus.

Si les trompes sont oblitérés par un pyo ou hydro-salpinx, l'obstacle sera complet.

Cependant, l'occlusion peut n'être qu'unilatérale et la trompe du côté opposé pourra être encore utilisée pour la fécondation. En outre, par les coudures, les bosselures qu'elles peuvent présenter, les trompes peuvent encore être un obstacle pour la fécondation.

Un intérêt tout particulier s'attache dans cette étude de la stérilité aux cas où les hommes ont prouvé leur aptitude à la fécondation, avant comme après la blennorrhagie et ont rendu leurs femmes enceintes. Si celles-ci sont devenues stériles après la deuxième couche, on voit ainsi démontré que la blennorrhagie n'enlève pas toujours la puissance de procréation à l'homme, mais les modifications pathologiques qu'elle a provoquées dans les organes génitaux de la femme ont pour conséquence la stérilité.

La femme en état de blennorrhagie latente peut cependant devenir enceinte. En réunissant les statistiques globales des auteurs qui se sont occupés de la question, nous voyons que dans une proportion de 20 à 25 0/0, on rencontre la blennorrhagie chez la femme enceinte En éliminant le très petit nombre de femmes infectées pendant leur grossesse, nous voyons que la blennorrhagie n'est pas un obstacle absolu à la fécondation.

B. — Pendant la Grossesse

§ 1. — *Influence de la grossesse sur la blennorrhagie.*

Nous voyons lors de la grossesse se produire des phénomènes en tous points semblables à ceux précédemment décrits. La congestion utérine et tubaire, plus accentuée encore qu'au moment des règles, l'exagération des sécrétions ont provoqué un réveil du gonocoque jusqu'alors latent.

« Si nous consultons, dit Fruhinsholtz, des observations de femmes enceintes blennorrhagiques, celles de V. Steinbüchel en particulier, nous sommes frappés de la fréquence avec laquelle les premiers signes cliniques de la blennorrhagie se sont révélés en coïncidence avec le début de la conception ; il se trouve que dans quatre observations sur huit le début de la blennorrhagie semble avoir été simultané avec celui de la grossesse ; dans trois autres observations, il s'agit de contagions blennorrhagiques qui auraient eu lieu à des époques variables de la grossesse. Or, nous croyons raisonnable de penser que la simultanéité d'apparition de la blennorrhagie et de la fécondation n'est dans la majorité des cas que le ravivement

d'une infection gonococcienne latente soulignée par l'état de grossesse, alors qu'on pourrait supposer que c'en est le début. »

§ 2. — *Influence de la blennorrhagie sur la grossesse.*

Certains auteurs ont attribué à la blennorrhagie une grande aptitude abortive ; Sœnger même la croit aussi marquée que celle de la syphilis. Cette opinion est certainement exagérée. Mais il existe un certain nombre d'observations où le gonocoque a été nettement retrouvé dans les lésions déciduales et placentaires. Nous en rapportons deux (Observations VI et VII) empruntées à la thèse de Fruhinskoltz et dues à Draghescu et à Maslowsky. Dans l'une, le gonocoque a déterminé l'avortement par hémorrhagie avec décollement du placenta normalement inséré. Il s'agissait d'une blennorrhagie contractée sept mois avant le début de la grossesse. Le mari supposé guéri et autorisé par le médecin à se marier dut contaminer sa femme. Le gonocoque de celle-ci devint latent et ne se réveilla qu'au quatrième mois de la grossesse. Dans la deuxième observation, la malade était atteinte de blennorrhagie utéro-annexielle réveillée vraisemblablement lors de la grossesse.

Le gonocoque latent, réveillé par l'état gravidique peut donc agir d'une manière fâcheuse sur l'évolution d'une grossesse.

C). — Pendant l'Accouchement

Pour Winckel, Krœnig, le gonocoque jouerait un rôle dans la rupture prématurée des membranes ramollies et érodées par les sécrétions du col.

Fehling dit qu'on peut voir dans « les cas de catarrhe blennorrhagique ancien du col, avec érosions, la période de dilatation se prolonger anormalement et des douleurs très vives en résulter. »

D). — Pendant la Puerpuéralite

Après l'accouchement, pendant toute la durée de l'involution utérine, l'utérus et les trompes sont dans un état particulier d'infiltration, de succulence. Les orifices glandulaires sont dilatés. Les culs-de-sac des glandes persistent avec leurs gonocoques, la muqueuse du col n'étant pas caduque.

Dans la muqueuse, les gonocoques persistent toujours et comme nous l'avons vu, il existe de véritables abcès peri-vasculaires.

D'autre part les lochies sont un excellent milieu de culture pour le gonocoque qui va y pulluler durant les premiers jours de la puerpuéralité (Bumm, Krœnig, etc).

Nous allons donc encore une fois après l'accouchement, en raison de ces données anatomo-pathologiques et bactériologiques, assister à un réveil du gonocoque qui parfois avait pu rester latent pendant le cours de la grossesse. Ainsi survendront les accidents de nature gonococcique pure.

D'autre part au gonocoque peuvent venir se greffer des infections surajoutées. Pour Fruhinsholz, se basant sur les expériences de Döderlein, de Krœnig, « le gonocoque, microbe original vit mal en association avec d'autres éléments: les infections mixtes où entre le gonocoque sont rares, et particulièrement transitoires, aboutissant presque toujours, d'abord à la prédominance d'une espèce sur l'autre, puis sa substitution à cette dernière.

Par contre, les infections secondaires sont fréquentes et le gonocoque ouvre souvent la voie à des microbes pyogènes vulgaires, streptocoques ou staphylocoques (Immerwahr, Janet) qui viennent le remplacer. »

Ce seront là les accidents parablennorrhagiques appelés puerpuéro-gonorrhéiques par Sœnger et Pozzi.

Nous ne ferons qu'énumérer les accidents que l'on peut attribuer à un réveil du gonocoque.

Les uns sont précoces, surviennent dès les premiers jours de la puerpuéralité, et sont dus à un repululement sur place du gonocoque.

Ce seront des accidents locaux dont le type est l'endométrite gonococcienne puerpuérale. On pourra également assister à la formation d'abcès de l'utérus.

Les autres sont plus tardifs et attribuables à une extension du gonocoque vers les trompes. Ils sont souvent méconnus, car ils peuvent n'apparaître que de la deuxième à la huitième semaine des couches. D'autres fois la salpingite latente antérieurement à la grossesse, restée latente encore pendant l'accouchement, va donner lieu, lors de la puerpuéralité, à des symptômes péritonéaux.

PRONOSTIC

Le *Pronostic* de ces accidents ne laisse pas d'être sérieux pour la fonction, sinon pour la vie. Krœnig, Nœggerath ont montré que la stérilité pouvait souvent en résulter, et ils l'ont qualifié de « einkindsterilität » (stérilité limitée à un enfant), expression mal traduite par celle de stérilité relative.

DIAGNOSTIC

« Il est difficile, dit Fruhinsoltz, d'énoncer des principes généraux permettant infailliblement de diagnostiquer les manifestations blennorrhagiques de la puerpéralite.

L'essentiel est d'en connaître l'existence, et de rechercher systématiquement une infection gonococcique antérieur, dans tous les cas où les accidents puerpuéraux surviennent sans qu'il soit

possible de leur attribuer une autre étiologie nette. La preuve sera relativement facile à établir pour des manifestations utérines grâce à la possibilité de l'examen bactériologique Dans le cas de lésions annexielles, on ne sera généralement autorisé qu'à de fortes présomptions : celles-ci seront d'autant plus grandes qu'avec des antécédents blennorrhagiques, l'accouchement et la délivrance auront été normaux, qu'on sera sûr de son asepsie ou de son antisepsie, que ces accidents seront localisés et auront une tendance à l'enkystement. »

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

La blennorrhagie latente de l'utérus et des trompes se trouvera surtout bien de conseils d'hygiène.

Il faudra défendre à la malade de s'exposer aux diverses causes capables de réveiller cette latence : fatigue, longues marches, voyages en omnibus, coïts répétés et brutaux. Elle se trouvera bien d'un repos en décubitus dorsal (chaise longue pendant la période prémenstruelle et menstruelle).

Mais ces conseils sont parfois bien difficiles à réaliser dans la pratique.

D'autre part, il faudra s'efforcer de faire disparaître le gonocoque. Dans les cols gros, turgescents, on pourra se trouver bien de tampons glycerinés, de badigeonnages iodés, de légères scarifications, de fines pointes de feu.

Si le col seul est pris, l'opération de Schröder le débarrassera de tous les éléments gonococciques qu'il renferme.

Si la muqueuse tant du col que du corps est envahie, l'écouvillonnage, le curettage, seront indiqués ; l'opération pourra être suivie du drainage de la cavité.

Les salpingites se trouveront bien de la dilatation utérine, lente et prolongée, suivie de drainage. On pourra ainsi obtenir une évacuation du liquide de la trompe.

En cas contraire, on pourra vider la ou les trompes malades par les culs-de-sac vaginaux, soit par simple ponction, soit par la méthode de Laroyenne, en ouvrant largement la cavité tubaire.

Ces diverses interventions sont indiquées soit dans les cas où la latence reste complète, soit dans ceux où ses réveils ne présentent que peu de gravité.

Des les cas graves, mais seulement quand il y a danger pour la malade, on sera autorisé à pratiquer l'ablation de l'utérus et des trompes.

INDICATIONS PROPHYLACTIQUES

Il est nécessaire d'apprendre aux jeunes gens les dangers non seulement de la blennorrhagie aiguë, mais aussi de la blennorrhagie chronique. Il faut leur enseigner les méfaits qu'ils pourront causer en se mariant sans s'être assurés qu'ils sont complètement guéris.

Non seulement la santé de leur femme est en jeu, mais les risques d'avortement ou de stérilité sont grands, et ce fait les frappera peut-être plus encore. C'est de bonne heure qu'on doit commencer leur enseignement. Le moment en devra être choisi avec soin et suivant les milieux.

La manière de les instruire ne doit pas non plus être décidée d'une façon absolue. L'éducation génitale n'est pas encore entrée dans tous les esprits et pour le moment il faut éviter de froisser de justes susceptibilités.

Dans les grands centres, on peut sans aucun inconvénient faire des conférences collectives. Mais dans certaines villes de province, il n'est guère possible de faire autre chose que de l'enseignement individuel. En revanche, le professeur du

lycée connaît mieux ses élèves, il s'intéresse à eux d'une façon plus directe, et ses conseils n'en auront que plus de portée.

Il faut d'autre part ne permettre le mariage d'un ancien blennorrhagique qu'après s'être assuré que son urèthre ne contient plus de gonocoques. Il faudra avec soin faire l'examen microscopique des filaments que peut renfermer l'urine ; au besoin après avoir pratiqué l'épreuve de la bière et la réaction dite du nitrate d'argent.

Ce sont là les seuls procédés que l'on puisse employer actuellement pour faire de la bonne prophylaxie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Infection blennorrhagique. — Salpingite double opérée. — Pus rigoureusement stérile.

Legros. *Ann. de gyn. et d'obstétrique*, févr. 1902.

Am. B..., 17 ans, bonne dans un hôtel de Paris, entre à Lariboisière pour symptômes péritonéaux.

A. H. : Rien à noter.

A. P. : N'a pas eu de maladies, petite de taille, assez bien constituée, d'intelligence peu développée ; elle travaillait chez elle à la terre, a été réglée à 15 ans et depuis régulièrement toutes les trois semaines. Elle n'a jamais interrompu son travail. Elle vient à Paris en novembre 1900. Douze jours avant son entrée à l'hôpital, elle a son premier rapport sexuel avec un inconnu.

Histoire de la maladie. — Cinq jours après apparaissent

brusquement des douleurs vives dans le bas-ventre et des pertes jaunâtres épaisses, empesant la chemise ; elle est obligée de s'aliter, souffre de douleurs très vives en urinant. Pas de vomissement. Les douleurs persistent et s'étendent progressivement à tout l'abdomen ; la malade reste une journée sans pouvoir uriner ; elle est envoyée à l'hôpital 6 jours après le début des accidents.

Le 5 septembre, elle présente à son entrée des vomissements verdâtres, une température de 39°, un pouls à 80. Le ventre est ballonné, présente une hyperesthésie cutanée avec défense de la paroi. Constipation. Écoulement vaginal verdâtre, peu abondant. La malade est sondée. Un toucher vaginal difficilement pratiqué montre un col normal, des culs de sac très douloureux sans autres signes. Urines sans albumine, glace sur le ventre, morphine, diète absolue.

Ces symptômes aigus s'atténuent rapidement les jours suivants. 8 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, la température tombe à 37°. le ventre reste encore tendu et sensible à la palpation. Le toucher est douloureux surtout au niveau des culs-de-sac latéraux, mais on ne perçoit pas d'empâtement. Dysurie encore persistante.

Le 16 septembre, temp. 37°,6, le ventre est plus souple, les vomissements ne se sont pas reproduits depuis plusieurs jours ; on trouve au toucher vaginal, dans le cul-de-sac gauche, un cordon induré du volume du petit doigt se continuant avec une tuméfaction plus volumineuse, mal délimitée.

Le 22 septembre, la temp. s'élève brusquement à 38°,6 des vomissements apparaissent s'accompagnant de violentes douleurs abdominales à irradiations lombaires Le palper abdominal donne deux points annexiels douloureux, il est plus péniblement supporté du côté gauche.

Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse irrégulière, très douloureuse, du volume d'un abricot, se continuant par une corde douloureuse vers la fosse iliaque gauche et du côté droit une tuméfaction plus petite également douloureuse. On diagnostique une salpingite bilatérale qui s'est effectuée depuis l'entrée de la malade à l'hôpital et est devenue particulièrement rapidement appréciable dans les 8 jours qui précèdent.

Glace. – Grandes irrigations vaginales et rectales. Opiacés.

La température redescend les jours suivants : on trouve le 8 octobre la malade dans un état général satisfaisant, elle mange, souffre moins, dort mieux, les pertes vaginales ont disparu. Par contre, les lésions sont nettement accentuées. Le pyosalpinx gauche a le volume d'une mandarine, le toucher est très douloureux. A droite, il y a également une augmentation de volume très nette. On pose la question d'une intervention, elle est pratiquée le 22 octobre en l'absence de toute rétrocession des symptômes locaux.

Le 22 octobre (47 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, 36 jours après la première constatation clinique de lésions annexielles), laparotomie, castration double. Les deux trombes sont bosselées, fluctuantes, la gauche a le volume d'une pomme.

Péritonisation du cul-de-sac postérieur. – Drainage.

Suites simples. – Le 24 octobre, on supprime les drains pour mettre une mèche. La malade part au Vésinet le 10 novembre, ne souffrant plus, elle conserve une fistule assez profonde ne donnant presque rien dans les pansements.

Les pièces enlevées furent examinées bactériologiquement une heure après l'opération. La trompe gauche, la plus volumineuse, présentait trois tuméfactions isolées, une intermé-

diaire petite à contenu séreux, à parois amincies et transparentes, deux à contenu purulent, à parois épaisses et lardacées, le pus jaune clair sans grumeaux, sans odeur : mis en pipettes se sépare en une couche de pus et une couche beaucoup plus mince de sérosité d'abord trouble, puis bientôt complètement transparente.

L'ensemencement du contenu de ces 3 cavités salpingiennes gauches et du pus de la trombe droite est fait immédiatement très largement sur les milieux suivants : gélose au sang (Bezançon et Griffon), gélose Wertheim, bouillon et liquide d'ascite à parties égales, tubes de gélose sucrée profonde. Il est fait en tout une trentaine d'ensemencements, quelques-uns en raclant les parois des poches suppurées à la pipette de fort calibre, on inocule de plus avec une grosse pipette le pus et produit de raclage de la muqueuse dans le péritoine de deux cobayes.

Aucun des tubes ensemencés, examinés microscopiquement pendant plusieurs jours, ne donna de traces de culture soit aérobie, soit anaérobie.

Les examens directs du pus sur lames avec coloration par la méthode de Gram, la thionine phéniquée, le liquide de Ziehl confirmèrent ces résultats négatifs en ne montrant pas sur un grand nombre de préparations examinées une seule forme microbienne intra ou extraleucocytaire.

Les globules blancs (presque uniquement polynucléaires) étaient bien conservés, prenaient régulièrement les colorants sans réactions spéciales à l'acide osmique ou à la fixation par l'iode.

Le pus faiblement acide donnait nettement la réaction du buir et pas de réaction d'endol, pas de réduction de la liqueur de Fehling. Abandonné en pipettes closes stériles à la température de 37° et de 20° pendant un mois, il n'a montré au

bout de ce temps aucune modification des deux couches de sérum et d'éléments cellulaires qui s'étaient formées après quelques heures.

Les deux cobayes sacrifiés 40 jours après l'inoculation ont augmenté de poids, ne présentent pas de lésions suspectes. Les coupes faites au niveau de différents points des trompes montrèrent une infiltration embryonnaire très accentuée de la muqueuse, de nombreuses végétations arborescentes dans la cavité salpingienne, pas de foyers purulents interstitiels et une conservation à peu près constante de l'épithélium.

OBSERVATION II (Personnelle)

Infection blennorrhagique datant de deux ans. — Salpingite droite. — Aucun symptôme douloureux.

J... Suzanne, âgée de 18 ans, est envoyée dans le service du docteur Verchère, le 2 juillet 1903, pour des végétations de l'urèthre.

L'histoire de cette malade est brève. Déflorée en janvier 1903, elle commença presque immédiatement à perdre en blanc. Des taches verdâtres empesaient son linge. A Saint-Louis, où elle alla consulter, on lui conseilla les injections de permanganate. Mais elle était domestique et ne put se soigner. Elle ne fait la noce que depuis deux mois.

L'état général de cette malade est bon. D'autre part, elle n'a jamais souffert du ventre. A aucun moment ses règles n'ont

été douloureuses. Les menstrues sont d'une régularité parfaite. Nous avons minutieusement et à plusieurs reprises interrogé la malade ; et chaque fois elle nous a formellement affirmé n'avoir jamais eu, par aucun phénomène pathologique, l'attention attirée vers le petit bassin.

L'examen des organes génitaux nous donne des signes manifestes de blennorrhagie. Il y a de l'uréthrite, de la préuréthrite, de la bartholinite double, de la vaginite, de la cervicite externe. Dans ces divers écoulements nous avons pu facilement retrouver le *gonocoque*. — L'utérus a un léger bouchon jaune verdâtre, filant, adhérent au col. Il contient du gonocoque.

Le toucher et le palper combinés nous montrent l'utérus mobile, non douloureux, non augmenté de volume. Il existe dans la fosse iliaque droite, au dessus du cul-de-sac latéral, une tumeur du volume d'un pouce, dure, allongée, légèrement bosselée, se continuant nettement avec les cornes utérines. A ce niveau, la palpation profonde, les plus vives pressions ne peuvent réveiller aucune douleur. Il s'agit d'une salpingite droite, dont aucun symptôme n'a révélé l'existence.

La malade quitte le service le 29 juillet, guérie de ses manifestations blennorrhagiques, mais conservant toujours de même volume, sa salpingite droite, que le repos complet au lit n'a pas influencée.

OBSERVATION III (Personnelle)

Salpingite gauche. — Poussée aiguë. — Curettage. — Guérison apparente. — Persistance d'une tumeur tubaire.

I... Jeanne, âgée de 21 ans, entre, le 28 avril 1902, dans le service du docteur Verchère pour des végétations vulvaires.

Elle nous raconte avoir été défiorée à 16 ans (en 1897). Elle fit un premier séjour à Saint-Lazare de mai 1901 à juillet 1901. Mais son observation n'a pu être retrouvée à ce moment. Il s'agissait vraisemblablement de blennorrhagie. Quoi qu'il en soit, ayant eu ses dernières règles le 23 mars, elle fit, le 22 juin, un avortement dont on ne put retrouver la cause et qui évolua normalement. La malade sortit guérie.

Elle est mise alors en carte et depuis fait la noce.

En octobre 1902, elle commence à souffrir légèrement du ventre et surtout au moment de ses règles. Elle perdait légèrement en blanc. Elle entra alors à Tenon, dans le service du docteur Poirier, où l'on diagnostiqua une salpingite gauche. On lui fit un curettage.

Depuis cette époque, la malade a toujours été bien réglée. Elle souffre très légèrement du ventre au moment de ses règles, mais nullement dans l'intervalle, même après de grandes fatigues. Au toucher et au palper combinés, son utérus est normal, mais on sent la trompe gauche transformée en tumeur bosselée, tendue, du volume d'une orange. On peut parfaitement la délimiter, on ne réveille absolument

aucune douleur à son niveau, et même quand la malade relâche bien son ventre, on peut mobiliser légèrement la trompe. Mais cette manœuvre non plus n'est nullement douloureuse. Nous expliquâmes alors à la malade qu'elle avait une petite tumeur dans le ventre et qu'elle aurait à éviter les fatigues. Elle fut très étonnée de se sentir malade Elle sortit le 13 mai 1902 et nous eûmes trois fois en deux ans l'occasion de la revoir, deux fois dans les cours, une fois dans le service. Sa salpingite n'était en rien modifiée. La malade n'en a jamais souffert.

OBSERVATION IV (Personnelle) (résumée)

Ancienne blennorrhagie. – Pyo ou hydrosalpynx gauche. — Aucun symptôme fonctionnel.

J. Claire, âgée de 23 ans, entre, le 18 juin 1903, dans le service du docteur Verchère pour une ulcération banale du col et de la vaginite des culs-de-sac.

Cette malade a été défiorée à 18 ans et fait la noce depuis ce moment.

Elle est entrée plusieurs fois à Broca pour des pertes blanches ou verdâtres empesant son linge, et dont on fit de la vaginite et de l'uréthrite blennorhagique. C'est donc une vieille gonococcique. Elle n'a ni avortement ni accouchement dans ses antécédents.

Elle a toujours été réglée très régulièrement, sans douleurs, n'a jamais suffert du ventre.

Le toucher et le palper combinés nous montre un utérus légèrement augmenté de volume, mais non douloureux, parfaitement mobilisable, puis une sapingite gauche très volumineuse. Accolée au côté droit de l'utérus est une masse du volume d'une tête de fœtus. Cette tumeur est tendue, légèrement rénittente, mais aucunement douloureuse. Il s'agit soit d'un pyo, soit d'un hydrosalpynx. Mais la malade refuse de se laisser opérer et sort le 23 juin 1903.

OBSERVATION V (Personnelle)

Gonoccie latente devenant contagieuse au moment des règles.

M..., âgé de 25 ans, employé de commerce, étant atteint d'uréthrite chronique légère ne se traduisant que par une goutte matinale, a pris il y a cinq ans une maîtresse âgée alors de 18 ans. Cette dame n'avait eu auparavant qu'un seul ami, absolument sain, paraît-il. Elle était parfaitement réglée et n'avait aucun passé génital.

Dès le troisième jour qui suivit le coït, M... présenta au méat un écoulement abondant jaune verdâtre tachant son linge. L'examen microscopique du pus recueilli au méat y montra la présence de nombreux gonocoques.

Le malade se fit alors deux lavages par jour de permanganate à 1/2000. Vingt jours après, vers le 15 avril, l'écoulement était tari. Le canal, complètement sec dans la journée, était un peu humide le matin.

Le premier jet d'urine recueilli dans un verre montra un petit filament, mais où l'examen microscopique ne put déceler le gonocoque. Dès la constatation de l'écoulement, nous avons obtenu de surveiller Mme M..., qui, dix jours après, le 31 mars, avait été prise d'un écoulement leucorrhéique léger. Le col de l'utérus atteint d'emblée (l'urèthre resta complètement sain) devint rouge granité, légèrement ulcéré, laissant écouler un liquide opalin où l'examen montra de rares gonocoques. Le vagin était légèrement congestionné. Le col fut pansé à la glycérine ichtyolée, le vagin aseptisé, et en quinze jours, le 15 avril, tout était rentré dans l'ordre.

Les règles revinrent le 18, et comme j'avais ordonné le repos sexuel, ce n'est que vers le 1er mai que les rapports furent repris.

Du 1er au 14, ils furent réguliers ; le 14, M. M... partit en voyage, durant lequel il fut fidèle à sa maîtresse.

Il revint le 1er juin et les rapports recommencèrent. J'avais vu le méat de l'homme et le col de la femme ; tout était bien.

Quand, le 16, M... vint me trouver désolé, portant au méat un superbe écoulement. L'examen m'y montra du gonocoque. M... était désolé. J'incriminai vaguement l'approche des règles, le dernier coït ayant eu lieu le 13 au soir et les règles étaient arrivées dans la nuit du 13 au 14.

Les lavages au permanganate furent de nouveau institués, et l'écoulement se tarit en douze jours.

Nous étions le 24. La femme, examinée, paraissait saine. Le coït fut repris. Le canal resta sec, quand, le 12, M .. revint de plus en plus désolé ; il recoulait. Les règles étaient survenues le 10, le dernier coït avait eu lieu le 9.

Cette fois, je pensai fortement à un réveil des gonocoques utérins de la femme ; je ne pus l'examiner.

Mais je revois le malade, et depuis ces cinq années son histoire est restée la même.

Le coït, pendant la période intermenstruelle, n'a aucune suite fâcheuse.

Mais chaque fois qu'il est pratiqué dans les trois jours qui précèdent ou qui suivent les règles, un léger écoulement reparaît qui périt tantôt en huit, tantôt en 15, quelquefois, mais rarement, en vingt jours.

Voulant voir s'il ne restait pas de gonocoques dans l'urèthre de M..., nous avons employé tous les procédés classiques : bière, épreuve des trois verres. Nous l'avons instillé, dilaté. Son canal est parfait. Arrive la date maudite, il recoule.

OBSERVATION VI (Résumée)

Blennorrhagie (uréthrite chez le mari; ophtalmie chez l'enfant; gonocoques dans les lochies). — Grossesse. — Endométrite déciduale à gonocoques ayant déterminé un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Maslowsky (*Monat. f. Geburt. u. Gyn.*, 1896, t. IV, H. 3, p. 212), in *Th. de Fruhinsholz.*

Le 1er décembre 1895, je fus appelé, à une heure du matin, auprès d'une primipare pour une hémorrhagie abondante et

des douleurs violentes; les symptômes étaient apparus vers 11 heures du soir.

Femme de 22 ans, réglée à 17 ans. Mariée le 11 octobre 1894. Dernières règles, le 17 mars 1895. Vers la fin du quatrième mois, apparition d'un écoulement abondant et irritant pour les parties génitales externes Il ne disparut jamais complètement, malgré les injections à l'eau de Goulard. Le mari de la malade, âgé de 24 ans, contracta, sept mois avant son mariage, une blennorrhagie ; il la soigna pendant les sept mois et se maria avec le consentement du médecin traitant. Il est probable cependant que cette uréthrite n'était pas complètement guérie, car chaque fois que le mari avait bu du vin, il éprouvait une certaine ardeur de la miction et le matin les lèvres du méat étaient accolées.

Un jour, avant l'hémorrhagie, la femme avait trébuché, mais sans tomber. Le soir même, elle prit un bain et ne se sentit pas très bien. A 11 heures, l'hémorrhagie apparaissait, accompagnée de violentes douleurs dans le ventre.

E. A. — P. 100, pas d'albumine.

Enfant vivant en O I D. Col long et fermé. Utérus dur, tendu et sensible. Segment inférieur normal.

Traitement. — Repos et glace. Les symptômes s'amendent, mais il persiste un écoulement séreux rosé.

L'accouchement ne se produit que douze jours après.

Enfant de 2.900 gr., avec deux circulaires autour du cou. Cordon, 45 cm. On lave immédiatement les yeux à l'eau boriquée.

Le placenta pèse 520 gr. Il était normalement inséré. Son expulsion est précédée et accompagnée de celle de caillots rouge foncé. Il présente sur son bord un caillot manifestement ancien.

Dans les trois premiers jours, la température monta le soir à 38°8 Pouls : 80. A partir du quatrième jour, apyrexie.

Le troisième jour, apparition de conjonctive chez l'enfant ; on n'y trouve pas de gonocoques.

Des lochies *intra utérines prélevées aseptiquement montrent la présence de gonocoques en petit nombre, extra et intra cellulaires.*

Sur le bord interne du placenta, on trouvait un caillot consistant, rouge foncé, qui se distinguait nettement des caillots frais qui recouvraient la surface. Après ablation de ce caillot persistait un creux de forme ovalaire nettement limité.

L'examen microscopique des membranes et du placenta montra une infiltration du tissu de la caduque par des cellules rondes mononuclées et par des leucocytes polynuclées. Les cellules déciduales ont un contour vague, un noyau et un protoplasma prenant mal les colorants. Extravasations sanguines anciennes et récentes.

Des préparations microscopiques, colorées selon la méthode de Gram, ne décelèrent aucun microbe.

Les préparations microscopiques colorées selon la méthode de Vonton (coloration à la fuchsine phéniquée, décoloration à l'alcool absolu) montrèrent dans la caduque vraie des diplocoques tous intra-cellulaires, offrant les caractères de coloration, de disposition et de grandeur des gonocoques. Ils devenaient invisibles après emploi de la méthode de Gram.

OBSERVATION VII (résumée).

Blennorrhagie utéro-annexielle. — Grossesse. — Avortement au 2e mois. — Présence de gonocoques dans les débris placentaires (examen microscopique *et cultures*). — *Exacerbation consécutive puis régression des lésions annexielles.*

Draghescu et Sion. Moschuna *(Central. f. gynäk,* 6 oct. 1900, n° 40) *in Fruhinsholz.*

F..., 18 ans, secondipare, enceinte de 2 mois, entre au service le 30 oct. 1899 disant avoir été prise le matin même en lessivant, de douleurs et d'hémorrhagies.

Le col est volumineux et entr'ouvert. L'utérus gros comme à 2 mois est en antéflexion et mobilisable. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent une masse douloureuse à la pression et s'étendant latéralement. Des 2 côtés, mais surtout à droite, on sent les trompes et les ovaires, la trompe droite est augmentée de volume et douloureuse. Le vagin est recouvert d'un enduit rouge jaunâtre.

Pas de pus par l'expression de l'urèthre. Tout de suite après l'entrée de la malade, on préleva à l'aide d'instruments spéciaux et aseptiques (description) une petite quantité de sécrétion dans le fond de l'utérus pour l'examen bactériologique.

Curage digital consécutif. Injections intra. Tamponnement de la cavité utérine, Le soir, frisson. T. 38°,5. Météorisme.

1er octobre. — T. s. 38°,8. Douleurs hypogastriques.

3 octobre. — Vomissements pendant la nuit.

5 octobre. Douleurs à la jambe droite.

7 octobre. — On découvre une collection fluctuante dans la zone péritrochantérienne.

10 octobre. — Ponction de cette collection. On retire 10 gr. de liquide séro-purulent qu'on ensemence et qu'on examine microscopiquement.

20 oct. — Les annexes droites restent volumineuses et douloureuses.

L'espace de Douglas est rempli par une collection fluctuante : examens microscopiques répétés de la sécrétion vaginale

25 octobre. — Le cul-de sac de Douglas est plus libre.

10 novembre. — État général meilleur. Nouvel examen bactériologique du vagin.

25 novembre. Utérus mobile. Douglas moins douloureux. Les trompes restent volumineuses. Nouvel examen de la sécrétion vaginale.

10 décembre — Les exsudats sont totalement résorbés.

L'examen bactériologique concerna les sécrétions du col et de l'utérus et le liquide de ponction de la tuméfaction périarticulaire.

Examen microscopique. Nous avons pu déceler dans la sécrétion muco-purulente épaisse, blanc jaunâtre du col aussi bien que dans les masses rouge brunâtre sanieuses de la cavité interne des groupes de cocci 2 par 2, suivant la forme connue des gonocoques Ils étaient presque toujours à l'intérieur de leucocytes mono ou polynucléaires, très souvent au voisinage immédiat du noyau. Ils offraient en outre une particularité propre au gonocoque de ne pas conserver la coloration par l'iode et l'alcool (Gram). Nous n'avons pas réussi à déce-

ler d'autres microbes, ni par la fuchisne phéniquée, ni par le procédé de la double coloration.

Culture. — Les deux sortes de sécrétions furent ensemencées sur agar simple et sur agar de Wertheim. Sur le 1er milieu, ce n'est qu'après 48 heures qu'apparurent quelques colonies discrètes, tandis que sur le 2e au bout de 24 heures déjà il y avait un développement très riche de colonies pucitiformes aplaties, transparentes. Au microscope, on trouva ces colonies composées de cocci qui offraient tous les caractères de forme, de disposition de coloration du gonocoque Les colonies sur agar simple et sur agar de Wertheim repiquées sur agard simple ne repoussaient ni l'une ni l'autre. Replantées au contraire sur agar Wertheim, elles purent donner lieu à plusieurs générations.

Mêmes caractères furent présentés par le gonocoque extrait des cavités périarticulaires et cultures pures également. Des examens répétés faits avec le bouchon d'ouate enlevé de la cavité utérine à chaque nouveau pansement décélèrent le même microbe.

Le 16 novembre. — Dernier examen bactériologique : on ne trouve plus de gonocoques dans le vagin, mais des cocci ronds isolés, colorés par le gram ; une sorte de staphylocoque et des colonies analogues à celles que Doëderlein a décrits dans la sécrétion normale du vagin.

CONCLUSIONS

I. — La blennorrhagie est pour la femme une affection grave, devant être mise, dans la lutte prophylactique, au même rang que la syphilis.

II. — Les lésions qu'elle cause dans l'utérus et les trompes en atteignent toutes les tuniques.

III. — Chez la femme elle peut revêtir toutes les formes, aiguë, chronique d'emblée. Elle peut rester latente, n'en conservant pas moins tous ses dangers.

IV. — Elle peut redevenir contagieuse pour l'homme au moment de ses réveils (règles), dangereuse pour la femme elle-même au moment de ses réinoculations (grossesse et accouchement).

V. — La blennorrhagie peut provoquer l'avortement, créer la stérilité.

Les seuls moyens dont on dispose actuellement pour faire de la bonne prophylaxie sont : *a*) d'éveiller l'attention sur les dangers de la blennorrhagie ; *b*) de n'accorder l'autorisation du mariage qu'après avoir acquis la certitude de l'inocuité de l'appareil génital de l'homme, antérieurement atteint.

Vu : Le Doyen,

DEBOVE.

Vu : Le Président de la Thèse,

PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

La blennorrhagie chez la femme.

Audry. — Précis des maladies blennorrhagiques, Paris 1894.

Auvard. Traité de gynécologie.

— Un cas de génitalité blennorrhagique, médecine moderne, 26 juin 1895, p. 51.

Bosc. — Le gonocoque. Thèse de Montpellier, 1893.

Brœse. — Blennorrhagie féminine, Berlin, Klin. Wochensch., 5 mars, 1894.

Brœse et Schiller. — Diagn. de la bl. chez la femme, Berlin, Klin. Wochensch., 1898.

Bumm. — Congrès des méd. allemands à Francfort, 1896.

Chatinière. — Canal génital de la femme. Thèse de Paris, 1894-95.

Cheinisse. — Bact. des org. génitaux de la femme. Gaz. des hôpitaux, 9 mars 1895.

Dind. — La blenn. et ses complications.

Doleris et Pichevin. — La Pratique gynécologique.

Finger. — La blenn. et ses complications, Paris, 1894.

Guiard. — Pathogénie et prophylaxie des génitalités féminines post. matrimoniales. Journal de méd. de Paris, 1900, XV, 531-538.

— Rôle du gonococcisme latent chez la femme. Assoc. fr. d'urologie, 23-25 oct. 1902.

Halle. — Recherches sur la bactériologie du can. gén. de la femme. Thèse de Paris, 1898.

Hofmeier. — Malad. des organes génitaux de la femme

Klein. — Die gonorrhœ des Weibes, Munchner méd. Woch., 1895, nos 23 et 24.

Luther. — Blenn. féminine, Samml. Klin. Vort., Leipzig, 1893.

Meuge et Krönig. — Bactér. du can. génital de la femme à l'état normal et pendant l'état puerpéral.. Wien. méd. Presse, 1897, n° 52.

Neisser. — Congrès des méd. allemands, Francfort, 1896.

Pichevin. — Soc. obst. et gyn., 9 juillet 1896.

Pozzi. – Traité de gynécologie.

Prudhomme. — Les stigmates de la blenn. chez la femme. Thèse de Paris, 1901.

Pryor (W. R). — Latent. gonorrhœa in Women. Jour. of. cutan. a et u. diseases, mars 1895, p. 89.

Rossier. — La blenn. chez la femme, Lausanne, 1902.

Schultz. – Beiträge Zur Pathologie und therapie der Weiblichen gonorrhœ, arch, f. demat. u. syph., 1896. T. XXXVI, p. 199.

Sée (Marcel). — Le gonocoque. Thèse de Paris, 1896.

Steinschneider. — Ueber den sitz der gonorrhoischen infection beim Weibe. Berlin, Klin. Woch., 1887, n° 17.

Veillon. — Le gonocoque. Ann. de dermat., 1898, p. 18.

Verchère (F.). — La blennorrhagie chez la femme, Paris, 1894.

Vezinat. — La blennorrhagie ascendante chez la femme. Thèse de Paris, 1896.

Wertheim. — La blenn. ascend. chez la femme, arch. f. gyn., 1892. Thèse 42, p. 1.

— Ueber uterus gonorrhœ. Verhand. der deutsch. Geselleh. f. gyn., 1895, VIe congrès, Vienne.

Wertheim. — Blenn. de la femme. Sammlung. Klin. Vort., 1894, nº 100.

Youmans (T. G). — Journal of cutaneous and. gen. ar. diseases, août 1899.

Blennorrhagie de l'utérus.

Bumm. — Congrès des gynecologistes allemands, Bonn., 1891.

Chambelland. — De la métrite blenn. et des métrorrhagies consécutives. Thèse de Paris, 1892.

Döderlein. — 13e congrès des sciences méd. de Paris, 7 août 1900.

— Métrites cervicales. Ann. de gyn. et d'obst., 1900, LIV. 377-387.

Du Bouchet. — Recherches bactériol. sur quelques affections utér. Thèse de Paris, 1897.

Eraud. — Métrite blenn. gonococcienne avec salpingo-ovarite. Ann. de Dermat., 1899.

Hautcheff. — Contrib. à l'ét. des métrites cervicales blenn. Thèse de Nancy, 1899.

Hoche. — Recherches anat. path. sur la blennorrhagie utérine. Rev. méd. de l'Est, 1900, XXXII, 91.

Johausen. — Les hémorrhagies utérines au début de la blenn. Thèse de Paris, 1902.

Pozzi. — Contrib. à l'ét. des métrites cervicales. Revue de gyn., 1900, IV, p. 757.

Richelot. — Chirurgie de l'utérus.

Sinclair (de Manchester). — Congrès de Berlin, 1890.

Wertheim. — Blennorrhagie utérine. Rev. de gyn., 1898, p. 58.

Wvedensky. — Aff. blenn. du col utérin chez les prostituées. Roussvaïa Meditzina, 1899.

Blennorrhagie des trompes.

Döderlein. — Gonorrhoische salpingitis. Soc. gyn , Leipzig, 15 mai 1893.

Faure (J. L). — Chirurgie des annexes de l'utérus.

Hartmann et Morax. — Le pus des salpingites au point de vue bact. Soc. de chirurgie, 30 mai 1894. Ann. de gyn.. juillet, 1894, 2e tome, p. 1.

Hartmann. — Soc. anatomique de Paris, 8 févr. 1895.

Hertzfeld (de Vienne). — 2e congrès de dermat. et de syph. 1892.

Kraus. — Présence du gonoc. dans les couches profondes des parois de le trompe. Monat. f. geb. u. gyn., août 1902.

Legros. — Un cas de salping. suppurée aseptique. Ann. de gyn. et obst., févr. 1902, F. 143.

Reymond (E.). — Contribution à l'étude de la bact. et de l'anat. path. des salpingo ovarites. Thèse de Paris, 1895, nº 203. Soc. anat., 10 mai 1895.

Rist. — 7 cas de salp. suppurées au point de vue bact. Soc. de biologie, 8 mars 1902

Terrillon. — De la salp. blenn. Bulletin médical, 1890, nº 74. — Salpingites ovarites, Paris, 1891.

Thibault. — De la salp. blenn. Thèse de Paris, 1890.

Volpeliere. — Gonococcie des annexes. Thèse de Montpellier, 1901-1902.

Yordanoff. — Recherches cliniques et bactériologiques des salpingo-ovarites. Thèse de Paris, 1897.

Vulvo-vaginite des petites-filles.

Bouvy. — Consid. bact. clin. et thér sur la blennorrhée vulvo-vaginale des petites filles. Thèse de Paris, 1899.

Cahen-Brach. — Die uro-génital blennorrhæ der Kleinen Mädchen Jarbuch für Kinderheilkunde, 1892.

Labusquière. — Sur quelques points relatifs aux gynatrésies Annales de gyn. et obst., août, p. 140.

Lebedeff — Contrib. à l'étude de la vulvo-vag. des petites filles. Thèse de Lausanne,

Marfan — Vulvo-vagin. des petites filles. Gaz. hebd de méd. et de chir., 14 mars et 4 avril 1897.

Stérilité.

Auvard. — De la stérilité chez la femme.

Beuzler. — Stérilität and triper. Arch f. dermat. und. syph., 1898.

Lebedeff. — Blenn. des org. génit. de la femme. Son influence sur la fonction de ces organes et sur l'état des malades. Wratsch., 1897, nº 3.

De Sinety. — De le stérilité chez la femme.

Blennorrhagie et mariage.

Callari (Ignario). — Infection blennorrhagique de mariage. Journal des mal. cut. et syph., 1900.

Janet. — Réceptivité de l'urèthre et de l'utérus, Blenn. et mariage. Ann. des mal. des org. génit. urinaires, août 1893. Ann. de dermatologie, 1893.

Jullien. — Blennorrhagie et mariage, Paris, 1898.

Knufeld. — Gonorrhœ and ehe. Wien. med. Woche., 1902, nº 36, etc. 42.

Kromayer (de Halle). — Que doit dire le médecin au blennorrhagique qui veut se marier. Munchener méd. Woch., 14 juin 1898.

Lesser. — Ehe und venerische krankheiten. Berlin. Klin. Woch., 1902, n° 23,

Schaik (Van G.). — Fréquence de la gonorrhée chez les femmes mariées, New-York. Méd. Journal, 30 oct 1897.

Weise (Ludwig). — Chronic. gonorrheica and mariage, medical record. march., 23, 1901.

Zalidès. — Blenn. et mariage. Journal de méd. de Bordeaux, 2 mars, 1902, n° 137.

Grossesse et puerpuéralité.

Audibert. — Gonocoque et puerpuéralité Ann. de gyn. et obst., juin 1903, p. 425.

Arnold W. W. Lea. — De l'influence de la gonorrhée sur le puerpuérium. Ann. de gyn. et obst., juin 1901, p. 457.

Feis. — De la gonorrhée dans les suites de couche. Deutsch. med. Zeitun,, dec. 1902, p. 1192.

Fruhinsholz. — De la blenn. dans ses rapports avec la grossesse et la puerpuéralité (le nouveau né excepté). Thèse de Nancy, 1902

Guérin Valmale. — Inf. puerpérale gonococcique, Montpellier méd., 11 oct. 1903, p. 352.

Ozenne. — 3 grossesses chez une femme atteinte d'endométrite blenn. chronique. Soc. méd. du IX^{e} arrond., Paris, 1897.

Imprim. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.

56

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE